

**Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT<sup>1</sup>**

(art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a nome..... cognome ..... nato/a a  
..... il ..... residente a Imola in via/piazza,  
..... n. ...., cod.fiscale .....

documento di identità n° .....

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

**Consenso informato**

Non voglio  Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile

Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece il/la signor/ra nato/a a ..... il ..... residente a ....., via ..... n. .... tel .....

- Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie  
 Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

.....

**Disposizioni generali**

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

- Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.  
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.  
 Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.  
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.  
 Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.  
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

<sup>1</sup> L'interessato rimane sempre libero di redigerle nel modo che ritiene più opportuno inserendo dati anagrafici, l'indicazione delle situazioni in cui dovranno essere applicate le DAT, il consenso o il rifiuto di specifiche misure mediche, trattamenti sanitari, accertamenti diagnostici e scelte terapeutiche, data e firma.

**Disposizioni particolari**

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

- Siano  Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita;
- Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva;
- Voglio essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva;
- Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.

Altre disposizioni personali:

.....

.....

.....

.....

.....

**Nomina Fiduciario**

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, il/la signor/ra ....., nato/a a ..... il ..... residente a ..... via ..... n. ... tel .....

il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a

**Data..... Firma per accettazione del fiduciario/a .....**

**Data..... Firma del/la disponente .....**

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.

**Data.....Firma del/la disponente .....**

**Allegare copia dei documenti di identità del disponente e del fiduciario**

.....

VERBALE DI RICEVUTA

Ricevo in data \_\_\_\_\_ le disposizioni anticipate di trattamento

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Timbro e firma